

ANEXO VII

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO/RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, e RG nº \_\_\_\_\_,  
no endereço \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ complemento \_\_\_\_\_  
bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,  
declaro para fins de apresentação à Central de Bolsas de Estudos, que:

( ) pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_

( ) recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_

a/de \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, e RG nº \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento do recebimento da Bolsa de Estudo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

Assumo a responsabilidade de informar imediatamente à FACULDADE SANTA CASA, a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pagante (*quando for o caso*)  
**Reconhecer Firma**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal  
**Reconhecer Firma**

